

NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

ESTE AVISO DESCRIBE COMO SA INFORMACION MEDICA/ DE SALUD ESTA PROTEGIDA Y COMO PUEDE SER UTILIZADA Y REVELADA Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACION. POR FAVOR LEA CON CUIDADO.

RESUMEN:

Por ley estamos obligados a ofrecerle nuestro Aviso de Practicas de Privacidad (NPP). Este aviso describe como su información médica puede ser usada y divulgada por nosotros. También le explica cómo puede obtener acceso a esta información.

Como paciente, usted tiene los siguientes derechos:

1. El derecho a inspeccionar y copiar su información;
2. El derecho a solicitar correcciones de su información;
3. El derecho a solicitar que su información sea restringido;
4. El derecho a solicitar comunicaciones confidenciales;
5. El derecho a informar de las divulgaciones de su información;
6. El derecho a una copia en papel de este aviso

Queremos asegurarle que su información médica / está protegida es segura con nosotros. El Aviso de Practicas de Privacidad contiene información acerca de cómo vamos a asegurar que su información permanezca privada.

A note todos los números de teléfono donde podamos comunicarnos con usted:

1. _____ 2. _____ 3. _____
4. _____ 5. _____ 6. _____

INDIQUE LOS NOMBRES DE TODAS LAS PERSONAS (por ejemplo, cónyuge, padres, abuelos, etc....) Que usted autoriza PARA DIVULGAR SU INFORMACION incluyendo las copias de sus registros SI ES NECESARIO:

Nombre _____ Relación _____
Nombre _____ Relación _____
Nombre _____ Relación _____
Nombre _____ Relación _____

Reconocimiento recibo del Aviso de Practicas de Privacidad

Yo declaro que he revisado el Aviso de Practicas de Privacidad. Además, entiendo que la practica me ofrecerá notificaciones acerca de los Aviso de Practicas de Privacidad. ¿Debe ser enmendada, modificada o alterada de alguna manera voy a recibir una copia.

Nombre Del Paciente

Firma de Paciente/Padre/Tutor